FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

PRÉSENTÉE

PAR

Farid R. KAMEL

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES

PLEURÉSIES INTERLOBAIRES

A propos de huit observations inédites

Président : M. HARTMANN, *professeur*

A. MALOINE & FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE - DE - MÉDECINE, 27

PARIS 1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'hôpital Laënnec
Chevalier de la Légion d'honneur

Respectueux hommage de ma profonde reconnaissance.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR LES

PLEURÉSIES INTERLOBAIRES

à propos de huit observations inédites

Si les localisations aux scissures interlobaires des réactions inflammatoires de la plèvre étaient connues antérieurement à l'application courante de la radiologie aux recherches médicales, elles étaient toutefois considérées comme des raretés cliniques dont le diagnostic nécessitait une finesse d'oreille et une délicatesse de doigté tout à l'honneur de celui qui les démasquait. Profondément situées entre les lobes pulmonaires, elles ne s'extériorisent par des signes cliniques précis qu'alors qu'elles ont atteint la paroi costale, et que l'abondance de l'épanchement a donné au bord externe de la scissure les dimensions d'une véritable face ; ces signes d'épanchement n'apparaissent donc que tardivement, et dans les formes abortives ou sans épanchement très abondant, ou à l'évolution rapide vers la vomique, la séméiologie est des plus frustes et le diagnostic clinique souvent impossible.

Avec les examens radioscopiques qui sont devenus la règle, dans les grands services tout au moins, pour les affections pulmonaires, on a vu s'accroître

la fréquence des pleurésies interlobaires, on a pu préciser les réactions de ces diverticules pleuraux au cours et après les infections de la grande séreuse, en étudier des modalités, comme la pleurite adhésive, la pachypleurite, absolument inaperçues de l'examen sthétacoustique ; on a vu en particulier que très fréquemment les pleurésies purulentes de la grande cavité laissaient après elles des reliquats infectieux ou cicatriciels dans l'interlobe, et cette permanence de l'infection cantonnée dans un repli de la séreuse nous a expliqué souvent la persistance d'états septicémiques chez des malades opérés d'empyème et drainés.

La guerre, en encombrant nos hôpitaux de plaies de poitrine, nous a fourni un vaste champ d'études sur ce sujet. La proportion des blessés de poitrine qui arrivent dans les services hospitaliers de l'intérieur est, en effet, assez élevée par rapport aux plaies des autres régions ; elle semble osciller entre 1/6 et 1/10 suivant les statistiques actuellement connues.

Dans le service spécial de plaies de poitrine de l'asile national du Vésinet où ont été prises les observés de cette thèse, sur 100 plaies pénétrantes, 21 ont eu des lésions suppuratives de la plèvre, et dans 4 cas l'empyème s'est compliqué d'infection secondaire de l'interlobe. La pleurésie interlobaire est donc devenue une affection relativement fréquente. C'est à l'étude de ces observations et de celles de quelques autres cas d'origine médicale prises dans le même service que nous consacrons cette thèse,

nous bornant à préciser quelques considérations étiologiques, séméiologiques, diagnostiques et cliniques déduites de leur étude.

Nous remercions M. le Dr Sergent, médecin de la Charité, médecin-chef de l'hôpital du Vésinet et le Dr Lechevallier, médecin aide-major, chirurgien au même hôpital, de l'amabilité avec laquelle ils nous ont permis de rassembler ces documents et nous ont donné tous les renseignements dont nous avons eu besoin.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

O... Jean, soldat de deuxième classe au 9e régiment de zouaves, blessé le 6 octobre 1915 en Champagne, entre le 6 novembre 1915 à l'hôpital temporaire du Vésinet pour une plaie pénétrante de poitrine par balle. Le projectile est entré en avant, au niveau de la troisième côte. Sorti en arrière, au niveau de l'angle de l'omoplate.

A l'ambulance 5/23, où il a été soigné pendant deux mois, il a eu un hémothorax abondant du côté gauche qui a suppuré et nécessité un large empyème classique avec résection costale. Il arrive à l'hôpital dans un état de maigreur extrême, avec une plaie drainée par laquelle s'écoule un pus verdâtre très épais et horriblement fétide.

L'examen clinique local ne présente comme particularités que de l'obscurité des deux tiers inférieurs du poumon droit.

Aux rayons X : opacité de la base droite, opacité à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, mais sans dénivellation par l'inclinaison du blessé.

20 novembre. — Devant la persistance de la fièvre, l'état

général de plus en plus mauvais, on décide une nouvelle intervention.

Dans un premier temps, agrandissement de l'incision de l'empyème primitif, nouvelle résection des deux extrémités costales, exploration de la plèvre qui permet d'ouvrir une collection localisée de la grosseur d'un œuf.

Ponctions en séries des espaces intercostaux sus-jacents : au niveau du quatrième espace, sur la ligne axillaire postérieure, l'aspiration ramène un pus très fétide : incision sur le trocart après résection de la quatrième côte à ce niveau ; on tombe sur une collection interlobaire que la ponction a presque complètement vidée. Drainage large et court.

Dès les jours suivants, amélioration, la température tombe de 39°3 à 37°5, l'appétit revient, le poids qui était à 43 kilos le 20 novembre s'élève à 47 kilos 100 le 6 décembre, 49 kilos le 14, 55 kilos 100 le 31.

Les soins consécutifs ont consisté en lavages oxygénés puis iodés donnés sans pression.

Vers la mi-décembre, le blessé accuse quelques phénomènes singuliers : les lavages iodés lui donnent un goût d'iode dans la bouche, non pas au moment du lavage, mais une demi-heure après. Quand il mange de la salade vinaigrée, il ressent une brûlure au niveau de son orifice d'empyème inférieur, enfin, le 29 novembre, le blessé ayant été mis au grand régime avec vin, nous trouvons le pansement complètement inondé de vin : l'idée d'une fistule œsophago ou gastro-pleurale s'impose.

Le lendemain on fait ingérer au blessé un repas bismuthé : la radioscopie ne montre rien de spécial, mais la radiogra-

phie en position couchée décèle l'existence d'une fistule gastro-pleurale, trans-diaphragmatique.

Le drain de l'interlobe est enlevé le 1er et le 21 décembre la plaie se cicatrise rapidement.

Le drain de la grande cavité est enlevé le 3 janvier; le soir même, le blessé à 38°5, on replace le drain, mais on a soin de l'enlever une heure par jour au moment de la séance de gymnastique respiratoire, à laquelle sont soumis tous les blessés de poitrine du service.

15 janvier. — Le drain est enlevé définitivement ; semble-t-il, le 19, la température remonte à 39 degrés et oblige à ouvrir le trajet d'un coup de sonde et à replacer le drain. Le 7 février enfin, le drain est définitivement supprimé, la fistule gastro-pleurale est tarie.

Le blessé est évacué le 28 février 1916 sur l'hôpital auxiliaire 280, où il reste en convalescence un mois. A cette date il pèse 67 kilos 300, il en sort avec un congé de convalescence de deux mois, entièrement guéri. Le dernier examen radiologique date de la fin de janvier 1916 ; à ce moment, les deux poumons avaient retrouvé toute la clarté normale.

OBSERVATION II

M..., Paul, soldat au 289e régiment d'infanterie, blessé le 25 septembre 1915 à la cote 119, d'une plaie pénétrante de poitrine par éclat d'obus.

Il a présenté d'abord tous les signes des plaies pénétrantes de poitrine, hémoptysie, dyspnée, hémothorax abondant; puis après une longue période d'oscillations thermométriques, la résorption de cet épanchement a semblé se faire

dans la grande cavité pleurale, la température est descendue au-dessous de 38 degrés à partir du 27 octobre jusqu'au 6 novembre, mais bientôt, en même temps que la dyspnée, la température réapparaît oscillante entre 40 et 37 degrés, pen-

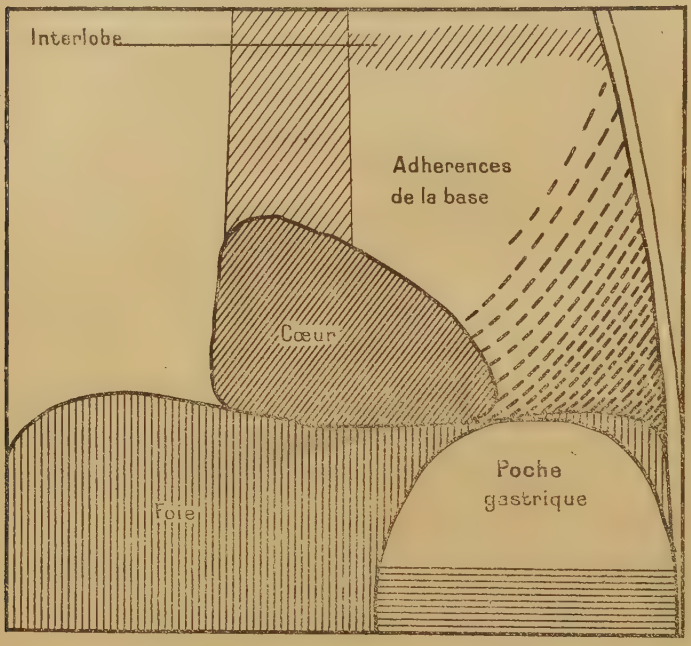

Fig. I

dant que se précisent des signes de localisation interlobaire. Le 14 novembre, on aborde la collection interlobaire par une incision axillaire avec résection costale. Un gros drain est fixé dans la plaie, la fièvre tombe peu à peu, mais on est obligé de maintenir un drainage prolongé, la fièvre réapparaissant à chaque tentative de suppression du drain. Le poumon redevient perméable à l'air, translucide aux rayons X, et le blessé est évacué en bon état, cicatrisé et envoyé en convalescence de deux mois.

Rentré au dépôt, il se plaint de douleurs thoraciques, de gêne respiratoire, de dyspnée d'effort, et le médecin de son régiment, allait le proposer pour une réforme n° 1. La Place de Paris l'envoie en consultation à la Charité où le Dr Sergent l'adresse au Vésinet pour observation. Il se plaint de gêne respiratoire modérée, et de douleurs vives, surtout au moment des inspirations profondes, du bâillement.

Cliniquement, il présente de la diminution du murmure vésiculaire à la base gauche.

Aux rayons X : pas trace de corps étranger.

Le poumon gauche est clair ; mais, à sa base, on trouve l'image d'une cavité spacieuse, contenant du liquide et de l'air.

Cette poche est située en dehors et en-dessous de la pointe du cœur, et semble bien, de prime abord, intra-pulmonaire, mais la dilatation gastrique par la potion de Rivière, montre immédiatement que cette poche n'est que le dôme gastrique entraîné en position élevée par la symphise pleuro-diaphragmatique qui immobilise en position haute toute la moitié correspondante du diaphragme.

L'état général est excellent, mais le blessé accuse des douleurs à la pression sur le trajet du nerf intercostal correspondant à la côte réséquée. Le blessé est renvoyé au dépôt avec la note : susceptible d'être utilisé tout au moins dans le service auxiliaire.

OBSERVATION III

G... Prosper, soldat au 4e colonial, blessé le 25 septembre 1915 à Massiges. Plaie en séton du thorax, par balle, avec fracture de la huitième côte gauche.

A Sainte-Menehould, le 27 septembre, on lui fait une thoracotomie au niveau de la huitième côte gauche sur la ligne axillaire postérieure. Ensuite, il reste en traitement à l'hôpital de Révigny, du 17 octobre 1915 au 10 décembre. Il arrive à l'hôpital du Vésinet le 11 décembre 1915.

A ce moment les signes sont les suivants :

État général très précaire, teinte cireuse, cachexie pyohémique, gros œdème malléolaire, légère albuminurie, diarrhée.

La plaie de thoracotomie s'étend de la ligne axillaire postérieure à la pointe de l'omoplate. Elle suppure abondamment. Scoliose considérable. Température 39°5. Poids : 51 kilos. 500.

Les jours suivants, la température vespérale descend à 38°5 puis à 38 degrés, sans qu'il s'en suive une amélioration quelconque de l'état général. L'examen clinique ne montre pas de rétention dans le cul-de-sac pleural sous-jacent à l'incision. Mais dans l'aisselle on trouve une zone mate sus-jacente à une zone de sonorité normale. A l'auscultation, souffle lointain en ce point, que l'on retrouve dans la région scapulaire moyenne.

17 décembre. — La température ne dépasse pas 37°5, de même le 18 et le 19 décembre. Les signes locaux restant les mêmes, une ponction exploratrice est faite le 18 dans le

quatrième espace, sous l'aisselle, à une profondeur de 6 centimètres, elle ramène du pus. Cette ponction confirme le diagnostic clinique, le diagnostic radiologique a été fait le 15. Les rayons X donnent le schéma ci-contre, caractéristique d'une lésion interlobaire.

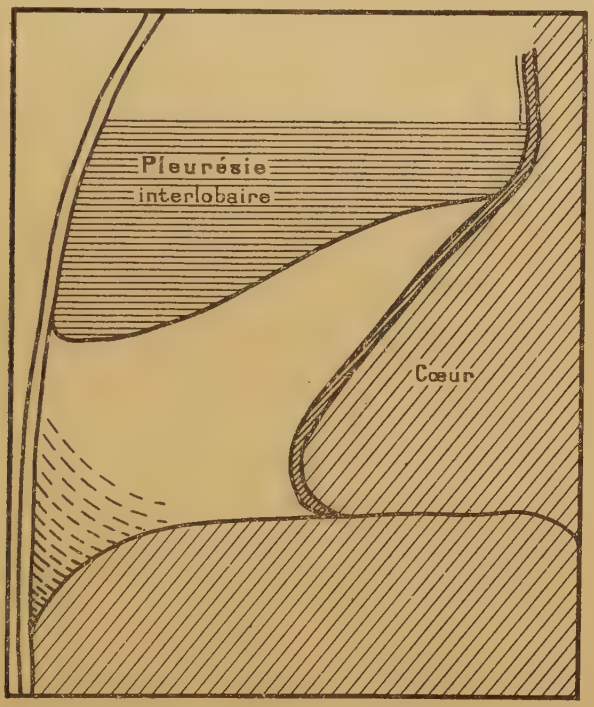

Fig. 2

20 décembre. — Anesthésie générale. Incision de 6 centimètres sur la quatrième côte dans l'aisselle, résection de 5 centimètres de cette côte, incision de la plèvre adhérente, d'une mince couche de tissu pulmonaire, et évacuation d'un demi-litre de pus peu fétide, bien lié.

Deux drains en canon de fusil, très courts, traversant juste la paroi, sont placés dans l'incision.

Soins consécutifs. — Pas de lavages, mais, à partir du troisième jour, dans son lit, on commence la gymnastique respiratoire, le septième jour le malade se lève, et continuera les séances de gymnastique et de spirométrie durant tout son séjour à l'hôpital.

Évolution. — Elle a été caractérisée par le retour immédiat de la température à la normale, la progression constante du poids de 51 kilos 500, 18 décembre ; il atteint 54 kilos 500 le 31 décembre, 58 kilos le 18 janvier, et 63 kilos le 23 février 1916.

L'albumine, les œdèmes disparaissent, l'appétit revient. Fin février, le drain est supprimé mais une élévation thermique à 39 degrés due à la rétention de quelques gouttes de pus oblige à un nouveau drainage qui peut enfin être définitivement supprimé le 10 mars.

Le blessé quitte l'hôpital à la fin du même mois, toutes ses plaies cicatrisées.

L'évolution a été suivie radiologiquement.

Au début de janvier, tout le côté gauche présentait comme un voile diffus avec une zone d'ombre un peu plus opaque au niveau de l'interlobe.

Fin février. — Le voile a disparu, mais une bande opaque marque encore les limites de la scissure interlobaire gauche.

OBSERVATION IV

B... Robert, soldat au 153e régiment d'infanterie. Blessé le 27 septembre 1915, à Maisons-de-Champagne. Séton par éclat d'obus: orifice d'entrée au niveau de la tubérosité humérale gauche antérieure, trépanation traumatique, sans écla-

tement osseux, de la tête humérale, fracture du col de l'omoplate, de la partie postérieure de la deuxième côte, de la fosse sus-épineuse de l'omoplate, orifice de sortie au niveau de l'apophyse épineuse de la première vertèbre dorsale, hémoptysie.

Hémothorax gauche. — Cet hémothorax suppure et nécessite un empyème de la grande cavité fait à l'avant le 7 octobre.

Entré à l'hôpital temporaire du Vésinet le 11 décembre 1915, ce blessé est frêle et amaigri ; en plus des lésions ci-dessus décrites, il présente une incision de thoracotomie au niveau de la neuvième côte, sous la pointe de l'omoplate.

Cette plaie mène sur une fistule de 8 centimètres qui suppure peu.

Le thorax gauche est sonore partout, sauf dans l'aisselle et au sommet en arrière. A ce niveau les vibrations vocales sont diminuées, de même que le murmure respiratoire.

L'examen radiologique fait le 17 décembre donne les renseignements suivants : base du poumon gauche claire, sommet légèrement voilée (fracture comminutive de la deuxième côte), bande plus opaque s'étendant sur toute la partie moyenne.

La température de 38 degrés à l'arrivée descend à la normale ; le poids est à 58 kilos 500.

L'évolution semble d'abord s'annoncer simple et sans complications ; le 31 décembre le poids est de 61 kilos. 900. Mais à partir du 1er janvier la température vespérale remonte à 38 degrés : l'appétit diminue, le blessé reste sombre et taciturne, fait sans entrain sa gymnastique respiratoire.

A partir du 9 apparaît un syndrome infectieux grave : la

température monte à 39°5, 40 degrés le soir;le poids descend le 19 janvier à 50 kilos 500 ; le blessé est pâle, triste inappétent, se plaint de douleurs dans l'épaule et au niveau du mamelon gauche. Il n'y a cependant rien de particulier au niveau des plaies: pas de rétention dans le séton,ni dans la fistule pleurale. Mais les signes sthétacoustiques persistent les mêmes que précédemment et dès le 9 janvier on note : matité de la partie moyenne du poumon en arrière, matité suspendue au niveau du troisième et quatrième espace en avant, matité dans l'aisselle ; le diagnostic de pleurésie purulente interlobaire vient immédiatement à l'esprit.

La radioscopie malheureusement n'impose pas nettement le diagnostic (15 janvier) ; elle note : mêmes signes qu'à l'examen antérieur, les limites de la zone moyenne opaque sont floues, il est impossible d'affirmer l'existence d'un épanchement interlobaire.

Une ponction faite dans l'aisselle est négative. Puis la pensée dévie bientôt vers un autre diagnostic que semble imposer l'examen clinique.

Le 16,le blessé se plaint de maux de tête, de courbatures et de douleurs dans le genou droit. Ce genou est tuméfié,les culs-de-sac bombent, la gorge est rouge et la déglutition douloureuse.

Le 17,le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu se confirme par la généralisation des localisations articulaires, genoux, cou-de-pied, articulations des doigts ; leur caractère fluxionnaire, leur mobilité. La ponction d'un genou ramène un peu de sérosité louche, des signes d'endo-péricardite apparaissent.

Le 18 et le 19 ces signes s'atténuent sous l'influence de la

médication salicylée. Mais en même temps apparaît dans l'aisselle de l'œdème puis un empâtement rouge, chaud et douloureux où la ponction ramène du pus.

22 janvier. — Thoracotomie et drainage : un demi litre environ de pus très épais s'écoule.

Soins consécutifs ordinaires : drain court, maintenu longtemps. Gymnastique respiratoire.

Dès le lendemain la température est à 37 degrés. L'amélioration continue progressivement jusqu'au 29 février, date à laquelle le blessé est envoyé sur un hôpital auxiliaire, ses deux fistules pleurales entièrement fermées et la plaie de sortie en bonne voie de cicatrisation.

Ce blessé a été revu en juillet 1916 pour une fistule de la partie postérieure de son séton entretenue pas des séquestres ; l'esquillectomie a été faite. A ce moment il était en excellent état, et ses deux plaies pleurales étaient entièrement cicatrisées.

OBSERVATION V

Cam... Achille, sergent au 30e régiment d'infanterie, blessé le 28 septembre 1915 à Tahure.

Plaie pénétrante de poitrine par shrapnell. Hémoptysies. Hémothorax. Pleurotomie le 3 octobre 1915, à l'hôpital de Révigny où il reste jusqu'au 10 décembre.

Il entre à l'hôpital temporaire du Vésinet le 10 décembre. Il présente deux plaies cicatrisées dans la région thoracique postérieure droite : orifice d'entrée du projectile dans la région sous-épineuse, l'autre, cicatrice de la pleurotomie, au niveau de la pointe de l'omoplate.

L'état général est bon, pas de température. Poids : 53 kgr. 200.

Localement, on trouve de la matité, avec abolition des vibrations vocales et diminution du murmure vésiculaire à la base droite.

Examen radiologique fait le 15 décembre. — Opacité de la base droite en forme de coin à base externe, bande opaque au niveau de l'interlobe, s'étendant du médiastin à la paroi axillaire,

Le 17, la température s'élève à 39 degrés et se maintient élevée jusqu'au 21 ; le blessé se plaint d'un point de côté violent et a des quintes de toux.

A l'auscultation, râles de bronchite généralisée.

Par prudence une ponction exploratrice est pratiquée d'abord dans l'aisselle ; elle est négative, puis à la base, où elle ramène un peu de sang rouge.

Le 29, la poussée inflammatoire est éteinte, la température revient à la normale et s'y maintient. L'évolution ultérieure n'a rien présenté de particulier.

La bande d'opacité de l'interlobe était encore visible, mais très atténuée le 25 décembre ; à l'examen du 15 janvier, elle avait entièrement disparu alors que l'obscurité de la base persistait avec la même intensité.

OBSERVATION VI

Saul... Isidore, du 1e régiment de zouaves, est entré dans un service de médecine de l'hôpital temporaire du Vésinet le 25 janvier 1916 pour une broncho-pneumonie droite, à laquelle a succédé une broncho-pneumonie gauche. Le

12 février : il est envoyé dans un service de chirurgie avec le diagnostic : pleurésie purulente.

A ce moment, il a 40 degrés, la langue sèche, le facies terreux, et son état semble grave à ce point qu'une thoracotomie est faite le jour même d'urgence sous anesthésie locale : il s'écoule une quantité considérable de pus verdâtre avec des masses fibrineuses. A la suite de cette intervention, l'état général s'améliore, mais peu; la température ne revient pas complètement à la normale et se maintient entre 38 degrés et 39°5.

Aux rayons X, tout l'hémithorax droit est sombre, sauf au sommet, et un peu au-dessus de la base.

Cet état persiste jusqu'au début de mars, à ce moment les signes infectieux s'aggravent en même temps que se précisent les signes locaux : le malade fait de la rétention purulente.

Une ponction au niveau de la base ne donne rien, mais dans l'aisselle elle ramène du pus. Le 15 mars, anesthésie générale.

Dans un premier temps, la fistule de l'ancienne pleurotomie est débridée, agrandie et le doigt introduit dans la plèvre décolle facilement le bord inféro-externe du poumon adhérent à la scissure : une volumineuse collection sus-diaphragmatique est ainsi ouverte et drainée.

Dans un deuxième temps, résection de la quatrième côte dans l'aisselle, et ouverture d'une pleurésie purulente interlobaire dont le pus présente les mêmes caractères que celui du premier empyème ; l'examen bactériologique y décèle le pneumocoque.

Le malade, le soir de cet intervention, est dans un état alarmant, en dépit des injections de sérum adrénaliné, d'huile

camphrée, le pouls se remonte mal ; toute la nuit des inhalations d'oxygène sont nécessaires.

Le lendemain, la température est descendue à 38 degrés, l'état général est meilleur, les plaies suppurent abondamment.

Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, le malade reprend peu à peu des forces, il s'alimente mais de temps à autre il fait des poussées thermiques brusques à 39 et 40 degrés à propos d'un drain déplacé.

La convalescence a été très longue puisque ce malade a été suivi jusqu'à fin juillet 1916. Le drainage a pu être supprimé fin mai, et le 22 de ce même mois, on notait à l'examen radioscopique que le poumon droit s'éclaire à peu près normalement et du haut en bas. Il n'existe qu'une plaque ombrée de la plèvre latérale droite et un peu d'accolement du sinus costo-diaphragmatique à sa partie externe, donnant à la projection du diaphragme une forme rectiligne.

En juillet, le malade, en excellent état, a été envoyé en convalescence de deux mois.

OBSERVATION VII

B... Henri-François, 11e section de C. O. A., a été envoyé en consultation à la Charité pour tuberculose.

Mobilisé depuis le début, et bien portant jusque-là, il prit froid étant en service au mois de mars 1915 ; après avoir toussé et craché pendant quelques jours, il eut une petite hémoptysie fin mars qui se renouvela une fois ou deux en avril.

Après quelques semaines d'hospitalisation, il est envoyé en convalescence de trois mois : la toux continue, devient quinteuse, les crachats deviennent plus abondants, quelquefois hémoptoïques, puis fétides. Le malade a remarqué qu'il crachait plus abondamment le matin, mais jamais cette abondance n'a été telle qu'elle puisse évoquer l'idée d'une vomique. En même temps, l'état général s'altère, il maigrit, ne mange plus, dégoûté qu'il est de tous les aliments par l'odeur de ces crachats et arrive peu à peu à l'état où il se trouve actuellement.

Le malade n'a aucun antécédent héréditaire ou acquis, de tuberculose.

Il est pâle, d'une pâleur jaune, amaigri, courbé et constamment secoué par de violentes quintes de toux. Il remplit trois et quatre crachoirs par jour de crachats gris-verdâtres très fétides. Ces crachats contiennent une flore microbienne très riche mais pas de bacilles de Koch.

A l'examen clinique local : matité, abolition des vibrations au sommet droit, avec abolition presque complète du murmure respiratoire. On retrouve les mêmes signes dans la partie supérieure de l'aisselle, mais avec des signes cavitaires lointains : souffle et gargouillement. Ces signes sont presque aussi nets dans la fosse sous-épineuse. La succussion hippocratique est positive. Le sommet droit en arrière est mat et obscur.

La radiographie faite le 9 janvier, et renouvelée le 2 février donne les renseignements suivants :

Zone interlobaire droite opaque. Opacité surtout nette en arrière, limitée en haut par une ligne horizontale, l'inclinaison du malade à droite ou à gauche entraîne une dénivel-

lation correspondante : il s'agit donc d'une pleurésie interlobaire ouverte. La collection est du volume du poing, elle est plus près de la paroi postérieure, car c'est à l'examen postérieur que l'image est la plus nette. En avant la zone obscure se prolonge en s'estompant jusqu'au sommet.

État général mauvais. Un peu d'albumine. Température 40 degrés.

7 février 1916. — Intervention.

Anesthésie générale.

Résection de la cinquième côte dans l'aisselle.

Ouverture facile d'une collection de 3 à 400 grammes de pus horriblement fétide, mêlé de gaz et d'air; un drain court et gros est placé dans la plèvre.

Suites. — La défervescence se fait le 9 et se maintient pendant huit jours ; la température reste au-dessous de 37°5, pourtant il y a peu de modifications des signes locaux, le malade tousse et crache encore beaucoup.

A partir du 20, la température remonte et commence de grandes oscillations entre 37 et 40 degrés, en même temps apparaissent un point de côté violent et de la dyspnée : toute la partie inférieure du poumon droit est mate et ne vibre ni ne respire. Le 2 mars, une ponction sur la ligne axillaire est blanche, mais au-dessous de la pointe de l'omoplate, on ramène un liquide trouble, non fétide : on en retire 800 centimètres cubes.

3 mars. — La température est revenue à la normale, mais dès le lendemain, réascension.

5 mars. — La ponction donne du liquide nettement purulent.

6 mars. — Anesthésie, résection de la neuvième côte sur la ligne passant par la pointe de l'omoplate.

On ouvre une cavité pleurale cloisonnée par des masses fibrineuses molles comme de la gélatine et limitée par la colonne vertébrale en dedans, le diaphragme en bas, une adhérence solide en dehors, qui monte oblique en dedans et en haut : il s'agit donc d'une pleurésie purulente secondaire, sans communication avec l'interlobe, à pus non fétide, et localisée à l'angle costo-vertébral.

Immédiatement, à la suite de cette intervention, chute de la température, et à partir de ce jour, amélioration progressive et continue de l'état général.

A son arrivée, le malade pesait 52 kilos, le 24 mars il pesait 66 kilos 700,70 kilos le 12 avril, 74 kilos 200 le 25 mai.

L'amélioration des signes locaux fut beaucoup plus lente, sauf en ce qui concerne les douleurs thoraciques et la dyspnée.

La fétidité des crachats ne disparut qu'au bout d'un mois, en même temps que diminuait leur abondance.

Le seul symptôme qui ne soit pas modifié est cette toux quinteuse, coqueluchoïde, vraisemblablement due à une adénopathie trachéo-bronchique, très fatigante pour le malade et pour son entourage.

Au moment où il a quitté le service (15 mai 1916) le malade était dans un excellent état général.

Aux rayons X (9 mai) on note une obscurité de tout le sommet droit plus opaque au niveau de l'interlobe. L'espace clair médian est devenu opaque. Aspect vacuolaire du poumon dû vraisemblablement à des dilatations bronchiques.

A l'auscultation (Dr Sergent), quelques frottements pleuraux. Signes de catharre bronchique.

Le malade est évacué sur l'hôpital-dépôt avec une proposition de réforme.

OBSERVATION VIII

P..., soldat au 100e territorial, est envoyé au début du mois de mai 1916 à la consultation du Dr Sergent, à la Charité avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire probable, pour un état cachectique ayant débuté il y a un an et s'accompagnant d'hémoptysies et de crachats fétides.

Il est mis en observation dans le service de chirurgie du Vésinet où il entre le 20 mai 1916.

Ce malade a commencé à tousser il y a un an environ, sans cause appréciable ; le début a été lent et imprécis, à aucun moment il n'a été dans l'obligation de s'aliter. Cette toux a d'abord eu des caractères banaux, elle a amené une expectoration d'abord sans caractères spéciaux puis, peu à peu, les crachats, sans être notablement plus abondants, sont devenus épais, grisâtres, horriblement fétides ; ils le sont tellement en ce moment qu'il a fallu isoler le malade dans une chambre spéciale.

En même temps que persistaient cette toux et ces crachats, le malade voyait disparaître son appétit et ses forces musculaires, il avait des points de côté surtout localisés au sommet droit, et une dyspnée de plus en plus accusée au moindre effort. Il y a deux mois, sa voix s'est voilée tout d'un coup et depuis ne s'est nullement améliorée.

État actuel. — Le malade a tout à fait le facies, l'attitude, la cachexie du tuberculeux cavitaire, et c'est le diagnostic qui vient immédiatement à l'idée en présence de cette toux,

de cette laryngite, du crachoir plein de pus fétide qu'il remplit par jour.

Examen clinique. — On ne constate rien d'anormal au sommet et au poumon gauche, rien à la base droite.

Au sommet droit, ce qui prédomine sont des signes cavitaires. Sonorité. Vibrations normales, souffle amphorique, gargouillement. Ces signes sont localisés au deuxième et troisième espace. On les entend encore, mais lointains dans l'aisselle.

Le sommet droit en arrière est mat et on y entend mal le murmure vésiculaire.

La température oscille de 38 à 39°5, le pouls est rapide, petit, les urines peu abondantes, très riches en phosphates, ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Les jours suivants, les crachats sont plus abondants (deux crachoirs par jour) mais ne contiennent pas de bacilles de Koch ; leur fétidité, comme celle de l'haleine, est toujours aussi prononcée.

La radioscopie montre : un sommet droit voilé, une bande de condensation pulmonaire ou interlobaire barrant transversalement le poumon droit à l'union de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Cette opacité est plus nette dans l'examen de face et est plus proche de la paroi antérieure. On ne distingue pas l'aspect cavitaire que laissait prévoir l'examen clinique, le niveau supérieur de la bande n'est pas net, ne se déplace pas en faisant pencher le malade, n'est pas modifié par les mouvements de balancement de droite à gauche. On ne peut affirmer la présence d'un épanchement.

Le Dr Sergent est appelé en consultation, et conclut for-

mellement à la présence d'un abcès ou d'une pleurésie interlobaire gangréneuse, en précise la localisation au deuxième troisième espaces et deuxième côte droits au-dessus et à droite de la ligne mamelonnaire, et insiste pour l'intervention immédiate.

Celle-ci est faite le 26 mai par le Dr Lechevalier.

Anesthésie générale.

Ponction au Potain muni de son gros trocart dans la région indiquée par la radioscopie et l'examen clinique du Dr Sergent ; une dans le deuxième, l'autre dans le troisième espace : aucun résultat.

Nouvelles ponctions dans le troisième et quatrième espaces, sous la paroi antérieure de l'aisselle : aucun résultat.

Sur les instances du Dr Sergent, résection de la troisième côte sous le bord externe du grand pectoral, incision de la plèvre ; celle-ci est adhérente et en la décollant en haut et en dedans, on ouvre soudain une pleurésie interlobaire enkystée formant une petite collection de pus horriblement fétide, accolée à la paroi, contenant des gaz. La cavité est lavée à l'eau oxygénée, sans pression, immédiatement le malade a une quinte de toux et expectore de la mousse sanglante, preuve certaine de la communication de la collection avec les voies aériennes.

Un gros drain court est placé dans la cavité.

Le soir, la température est à 38 degrés, mais le pouls est rapide, petit, en dépit de l'huile camphrée de la spartéine et du sérum adrénaliné qui sont employés largement. Le malade a quelques crachats sanguinolents.

Les jours suivants, l'état local et général s'améliorent jusqu'au 30. A ce moment, la fièvre reparaît à 39-40 degrés ;

toute la région pectorale est rouge, tendue, sonore et crépitante et par les trous antérieurs de ponction sortent des gaz et du pus fétide.

Le 3 juin, sous chlorure d'éthyle, large débridement de tout le pectoral qui ouvre un phlegmon gangréneux sous-pectoral avec sphacèle du muscle.

Chute immédiate de la température.

Évolution ultérieure très simple.

Après qu'une grosse partie des fibres musculaires du pectoral a été éliminée, la cicatrisation du phlegmon s'est faite rapidement et sans incident.

La plaie pleurale a suppuré pendant un mois et demi ; mais au bout de huit jours elle avait, sous l'influence des lavages à l'eau oxygénée, au permanganate, puis à l'eau iodée faible, perdu toute fétidité. Mais pendant quinze jours, à chaque lavage, dès que l'on élevait un peu le bras, le malade était immédiatement pris d'une quinte de toux et accusait le goût du liquide injecté.

Malgré l'amélioration de l'état local et général, la laryngite persiste la même. Dès que le malade peut se lever, il est conduit à la consultation d'oto-rhino-laryngologie du Dr Laurens et en revient avec le diagnostic de laryngite chronique banale, certainement non tuberculeuse.

Le malade quitte le service le 15 juillet 1916 ayant gagné 9 kilos, ne toussant plus, ne crachant plus, mais gardant sa laryngite.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES

Les observations que nous rapportons peuvent se rattacher à deux ordres de faits.

Les unes, que nous pourrions appeler pleurésies interlobaires médicales, sont secondaires à des infections pulmonaires : gangrène (obs. VIII), pneumonie, broncho-pneumonie (obs. VI), bronchite fétide (obs. VII). L'étiologie des cas faisant partie de cette catégorie ne présente guère qu'un point particulier pour ce qui est de l'observation VI. Nous voyons nettement dans ce cas que l'infection interlobaire a évolué secondairement à la pleurésie de la grande cavité, ou du moins ne s'est nettement caractérisée, et cliniquement et radiologiquement, qu'après la thoracotomie qui a permis d'éliminer ce qui, dans le syndrome clinique, était déterminé par la pleurésie pariétale. Les autres observations, consécutives à des plaies de poitrine, peuvent être intitulées : pleurésies interlobaires traumatiques. Leur étiologie se prête à quelques considérations.

Nous avons déjà signalé leur fréquence relative. puisque nous avons trouvé 5 cas sur 100 cas de plaies de poitrine passés en neuf mois dans le même service, dont 21 compliquées de suppuration de la grande cavité pleurale.

Dans 4 cas la localisation était à gauche. Cette prédilection n'est qu'apparente, et nos observations sont trop peu nombreuses pour que nous puissions en déduire une conclusion.

Il ne semble pas y avoir de rapport entre la fréquence de la pleurésie interlobaire et la présence d'un corps étranger : chez 3 de nos blessés la plaie initiale était un séton par balle ; chez un autre, une plaie par shrapnell que la radioscopie a permis de localiser dans le foie ; chez le cinquième, enfin, le corps étranger inclus n'a pu être retrouvé.

Il ne semble même pas y avoir de relations entre l'existence de la pleurésie et la traversée de l'interlobe par le trajet du corps étranger : dans trois cas, l'interlobe n'avait certainement pas été intéressé (un sommet, deux bases) ; dans un, où le corps étranger n'a pu être retrouvé, il a pu l'être ; dans le dernier il l'a certainement été.

En fait, la pleurésie interlobaire s'est toujours montrée comme une diverticulite pleurale réagissant en même temps ou après la plèvre de la grande cavité : dans nos cinq observations, elle est apparue consécutivement à l'empyème, après un temps variable entre quinze jours et trois mois et demi.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

Modes de début

Comme nous l'avons vu, dans l'immense majorité des cas, la pleurésie interlobaire succède à une pleurésie de la grande cavité. Souvent même elle lui est contemporaine, mais la thoracotomie, en supprimant les signes de cette dernière, laisse persister seuls les troubles dûs à la présence du pus dans l'interlobe.

Dans ce premier mode de début (obs. Guir... Oliva... Saul...) il s'agit de blessés ou de malades qu'une pleurotomie avec réaction costale a immédiatement soulagés. Aussitôt la plèvre vidée et drainée, on a vu disparaître la dyspnée, et les troubles généraux ; on assiste en particulier à la chute de la température. Mais, après quelques jours, la fièvre réapparaît, plus ou moins élevée, les signes fonctionnels locaux sont très atténués, mais l'asthénie, l'inappétence, l'amaigrissement ne retrocèdent pas, au contraire. Et pourtant il n'y a pas de rétention locale, le drain fonc-

tionne normalement ; faute d'un examen clinique minutieux et d'un contrôle radiologique, le diagnostic n'est pas fait ou tardivement fait.

Il faut donc penser à la pleurésie interlobaire chaque fois qu'après une opération d'empyème le malade conserve une température élevée et un état général mauvais.

— Dans une seconde catégorie de faits, le début de la pleurésie interlobaire s'accompagne de réactions générales beaucoup moins frappantes.

Là, pas de grandes oscillations-thermiques, de simples élévations vespérales à 38 degrés 38°5, pas de points de côté, de frissons comme on en observe quelquefois dans la forme précédente.

Les signes de pyohémie chronique prédominent ; le plus frappant est l'amaigrissement, et il a une grosse valeur diagnostique, tout comme dans les suppurations chroniques de l'oreille ou du cerveau.

Souvent, à l'amaigrissement s'ajoutent quelques signes qui font penser à la tuberculose : hémoptysies prémonitoires d'une vomique, ou secondaires à des poussées congestives autour des corps étrangers chez les blessés, dyspnée, toux qui revêt souvent le caractère quinteux ou coqueluchoïde (obs. Bol..., Pouj...) ; des signes d'induration, qu'un examen un peu rapide localise au sommet.

Un troisième mode de début nous est donné par l'observation B... C'est plusieurs mois après la pleurésie purulente qu'apparaissent des signes de septicémie aiguë, avec des localisations infectieuses mul-

tiples et variées, bien faites pour égarer le diagnostic: arthralgies, endo-péricardite.

Enfin, dans deux de nos observations médicales, où la pleurésie interlobaire est survenue à la suite d'affections gangréneuses chroniques des bronches, celle-ci a eu un début absolument insidieux : pas de grosse vomique dont les malades aient gardé le souvenir, mais augmentation progressive de la quantité des crachats, apparition de leur fétidité avec, dans un cas, des hémoptysies.

En résumé, le début de la pleurésie interlobaire, qu'elle soit primitive (en tant qu'affection pleurale), et c'est là l'exception, ou secondaire à une pleurésie pariétale, a, le plus souvent, un début insidieux qui en rend le diagnostic très difficile.

Période d'état

Signes fonctionnels. — Dans la pleurésie interlobaire confirmée, les signes fonctionnels locaux sont habituellement très atténués.

La douleur est à peu près constante, mais elle n'a pas les caractères du point de côté pleurétique, elle est diffuse et se confond avec celle due à la résection costale, aux névralgies, aux adhérences, à la présence du drain ou des corps étrangers dans les formes secondaires.

La toux n'est pas plus caractéristique, elle n'a présenté le caractère choqueluchoïde que dans deux de

nos observations médicales où il s'agissait de collections purulentes ouvertes dans les bronches.

L'abondance des crachats explique dans ces cas son caractère incessant, et l'irritation du larynx par le passage de ces sécrétions très fétides explique son mode coqueluchoïde. Peut-être, faut-il également chercher une explication de ce dernier caractère dans l'adénopathie trachéo-bronchique ou les réactions médiastinales de voisinage.

L'hémoptysie n'est signalée que dans une de nos observations, mais elle a été récidivante.

Elle nous a paru, à l'interrogatoire, avoir précédé l'ouverture de la collection dans les bronches.

La dyspnée est habituellement modérée et apparaît seulement à l'occasion des mouvements.

Signes physiques locaux. — L'inspection ne nous a montré qu'une fois de l'œdème axillaire dans un cas avancé (obs. Guir...)

L'adénopathie axillaire et sus-claviculaire a été cherchée : il n'y a eu dans aucun cas à signaler une différence de volume ou de consistance des ganglions des deux régions symétriques.

La percussion donne un signe à peu près caractéristique : la matité suspendue ; en avant et en arrière on trouve une zone mate entre deux zones sonores sus et sous-jacentes, de plus, la partie supérieure de l'aisselle est mate.

La matité suit, d'une façon approximative, la projection des scissures sur la paroi thoracique. On

sait que celles-ci ont normalement la projection suivante :

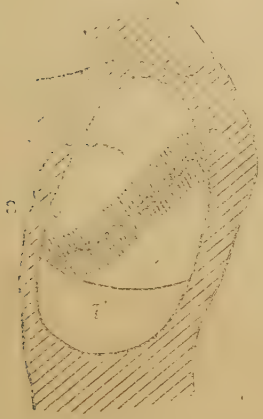

Fig. III
Projection latérale gauche

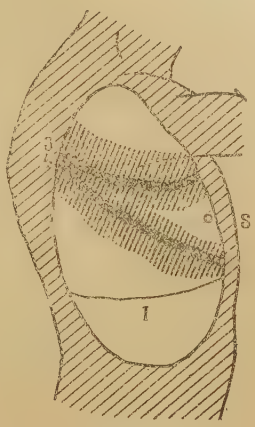

Fig. IV
Projection latérale droite

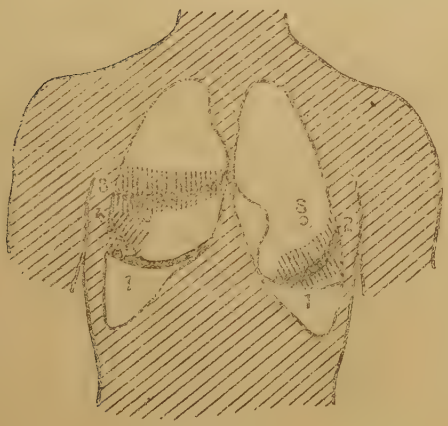

Fig. V
Projection antérieure

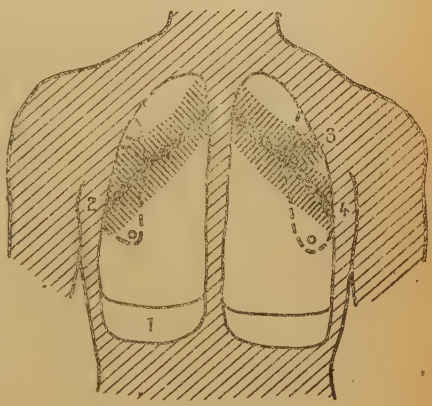

Fig. VI
Projection postérieure

Projection pariétale des scissures interlobaires

1. Sillon costo-diaphragmatique.
2. Scissure interlobaire gauche.
3. — — droite supérieure.
4. — — — inférieure.

Scissure du poumon gauche : elle a son extrémité supérieure en haut et en arrière dans la région de l'extrémité vertébrale de la quatrième côte ou du deuxième espace. Elle croise très obliquement la cinquième côte et aboutit en avant à l'union du cartilage et de l'extrémité antérieure de la sixième côte. Le poumon droit a deux scissures.

La scissure oblique commence en haut et en arrière au niveau de l'extrémité vertébrale de la troisième côte (Luschka) ; le plus souvent au niveau de la cinquième côte (Rochard).

Elle descend, oblique en bas et en avant et se termine dans le cinquième espace ou à la face interne de la sixième côte à 5 ou 10 centimètres de la ligne médiane ; dans l'aisselle, elle répond à la cinquième côte.

La scissure horizontale se sépare de la précédente au niveau du quatrième espace, sous l'omoplate, se porte en avant, croise très obliquement la face interne de la quatrième côte et se termine à la partie postérieure du sternum, en regard du troisième espace intercostal. Mais à l'état pathologique, par l'extension que prend la scissure sous l'influence de l'épanchement, de la compression du lobe sous-jacent par celui-ci, des phénomènes inflammatoires antérieurs ou concomittants dont la plèvre pariétale est le siège, ces rapports perdent leur précision. Le plus souvent, nous remarquons dans nos observations que la zone mate comprend : le deuxième espace, la troisième côte, le troisième

espace en avant; le quatrième espace, la cinquième côte, le cinquième espace dans l'aisselle, la fosse sous-épineuse en arrière. Mais nous trouvons dans deuxobservations de la matité, remontant en arrière jusqu'à la partie interne de la fosse sus-épineuse.On peut avoir une idée générale de la localisation des signes sthétacoustiques propres aux pleurésies interlobaires en se reportant aux figures précédentes : les lignes ombrées qui hachent le trajet des scissures indiquent les localisations les plus fréquentes que peuvent prendre ces signes.

Cette matité s'accompagne d'abolition des vibrations vocales.

A l'auscultation, le signe le plus fréquent, est la diminution ou la disparition du murmure vésiculaire; dans la même zone, plus rarement, on trouve les autres signes classiques d'épanchements pleuraux: souffle lointain, voilé, pectoriloquie, égophonie.

Le cœur peut être déplacé dans les voiumineux épanchements : le fait est signalé dans une pleurésie interlobaire droite (obs. Ba...)

Signes généraux. — Comme au début de l'affection, ils se groupent suivant que celle-ci a des caractères aigus, subaigus ou chroniques.

Tantôt ils réalisent le syndrome septicémique (Observ. Bén...) avec de violents frissons, de la céphalalgie, de la rachialgie, des courbatures. La langue est sale, l'anorexie absolue, la température très élevée, le pouls rapide. En même temps apparaissent des localisations infectieuses à distance

(arthrites). Cette forme est l'exception (1 cas sur 8).

Plus souvent les signes septicémiques sont moins violents, la température moins élevée, l'état général moins impressionnant ; la température a de grandes oscillations, le malade maigrit : forme pyohémique.

Enfin, dans deux cas que l'on peut appeler à forme pseudo-tuberculeuse, et avec raison puisque l'erreur diagnostique a été commise, l'évolution est tout à fait subaiguë, chronique même, l'état général du malade est celui du tuberculeux cavitaire.

ÉVOLUTION

Laissée à sa propre évolution, la pleurésie interlobaire évolue comme toutes les pleurésies purulentes auxquelles la résistance des forces du malade permet d'accomplir tout leur cycle.

L'empyème de nécessité ou l'ouverture à la paroi était en voie de se faire dans l'une de nos observations. Dans deux cas, la collection s'est vidée par vomique, les malades n'ayant été en observation qu'après que la communication broncho-pleurale s'était établie. Il est classique d'admettre que la vomique de la pleurésie interlobaire, précédée souvent d'hémoptysies, a un début dramatique par une douleur vive, une quinte de toux, l'irruption brutale dans la trachée d'une quantité considérable de pus, et l'apparition ultérieure de signes cavitaires.

Dans nos deux observations nous ne retrouvons rien qui ressemble à ce tableau : les malades n'ont eu aucunement conscience de l'ouverture de leur pleurésie dans les voies respiratoires. Ils ont simplement remarqué que leur expectoration était plus abondante le matin au réveil.

Par contre, dans les deux cas, les signes cavitaires étaient des plus nets.

Il est probable qu'avec les moyens de diagnostic que nous possédons actuellement, et en particulier avec la radiologie, moyens qui nous ont démontré la fréquence de ces lésions, et nous en facilitent le diagnostic dès la phase initiale, nous verrons de moins en moins les pleurésies interlobaires évoluer jusqu'à la vomique. Si nous en jugeons, en effet, par nos deux observations cette issue n'est qu'un misérable pis-aller : les malades sont voués à la suppuration pleuro-pulmonaire indéfinie, à toutes ses complications locales (transformations gangréneuses ou putrides, hémorragies à répétition), et générales : pyohémie et cachexie des suppurations chroniques mal drainées. Il suffit de rappeler l'état dans lequel se trouvaient ces deux malades au moment de leur entrée au Vésinet pour voir qu'ils étaient condamnés à la cachexie progressive et à la mort.

Aussi le pronostic de ces affections dépend-il presque exclusivement de la précocité du traitement chirurgical. Il importe que celui-ci soit appliqué sitôt le diagnostic fait ; tous les 7 malades de nos observations qui ont été opérés ont guéri, mais il y a eu une différence considérable tant dans la bénignité des suites que dans la perfection du résultat entre ceux qui avaient des pleurésies closes et ceux dont les collections se vidaient partiellement dans les bronches.

Chez les premiers, le retour à la normale a été

rapide, et à peu près complet — à part les séquelles inévitables des pleurésies purulentes. Chez les seconds, la guérison a été longue, ils ont gardé des traces peut-être indélébiles de l'infection de leurs voies respiratoires par le contenu septique de leur épanchement : laryngite chronique, bronchite chronique, dilatation bronchique. Nous n'insisterons pas sur l'avenir éloigné des malades ayant eu des pleurésies interlobaires ; comme tous les pleurétiques, ils gardent des adhérences se traduisant par de la douleur dans le bâillement, les inspirations profondes, la marche, le rire, un peu de dyspnée d'effort, des névralgies intercostales.

S'ils n'ont pas été traités d'une façon précoce, après l'opération, par la gymnastique respiratoire, ils conservent une scoliose, de l'aplatissement latéral de l'hémithorax correspondant, de la diminution de l'ampliation thoracique.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic se pose dans deux conditions bien différentes suivant qu'il s'agit de malades atteints de plaie de poitrine ou de malades médicaux.

Dans le premier cas, la pleurésie interlobaire, nous l'avons vu, et nous avons longuement insisté sur ce fait, est à peu près toujours secondaire à une pleurésie de la grande cavité.

Chez tout blessé ou malade ayant eu une thoracotomie, il faudra penser à la pleurésie interlobaire, même des mois après l'opération, même si la plaie est cicatrisée depuis longtemps, quand il présentera l'un ou l'autre des trois syndromes décrits précédemment : état septicémique, pyohémique, ou amaigrissement progressif.

Ce dernier signe a une très grande valeur pour déceler les petites suppurations profondes, latentes du poumon, et il y a intérêt, à cause de cela, à établir la courbe des poids, plus utile peut être que la courbe des températures. Cela permettra d'éviter

toutes les erreurs que nous avons signalées, depuis le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre typhoïde, jusqu'à la tuberculose.

Le diagnostic, tout au moins le diagnostic clinique, n'en reste pas moins souvent fort difficile avec toute une série d'affections pulmonaires différentes auxquelles le blessé, autant et plus qu'un autre, reste exposé : il est habituellement facile avec la pneumonie, la broncho-pneumonie, la pleuro-pneumonie, les congestions pulmonaires transitoires ; il l'est beaucoup moins avec d'autres suppurations, pleurésies enkystées, rétention pleurale par mauvais drainage.

Quand la pleurésie interlobaire n'est pas secondaire à celle de grande cavité, l'erreur devient encore plus fréquente. Nous n'avons pas d'observations de faits aigus : les deux cas de cette catégorie que nous avons rapportés ont été longtemps pris pour des tuberculoses cavitaires ; là, le gros signe qui a permis d'éliminer la phtisie est l'absence de bacilles de Koch dans les crachats. Ce n'est que secondairement et après élimination de la tuberculose que le diagnostic exact a été posé. Mais dans ces cas, comme dans les précédents, il n'a pu l'être que par un examen clinique minutieux et l'examen radiologique.

La collaboration médico-chirurgicale, si précieuse pour le traitement des blessés atteints de lésions du système nerveux, l'est tout autant pour celui des blessés de poitrine : il faut pour ces examens délicats une oreille exercée qui ne peut être que celle d'un clinicien entraîné ; mais il faut également sou-

mettre ces blessés à l'épreuve méthodique de la radioscopie, tout au moins à l'apparition de signes d'alarme : hyperthermie, amaigrissement.

L'examen radiologique des pleurésies interlobaires

Ces examens réguliers ont d'abord montré la fréquence des réactions plastiques de la plèvre interlobaire.

Très souvent nous avons vu noter dans les fiches radioscopiques des blessés de poitrine ayant été soignés au Vésinet la présence d'un voile au niveau de l'interlobe, et pourtant ces blessés n'ont pas eu de pleurésie purulente : la réaction pleurale n'a été que plastique, sans exsudats. Nous avons, à titre d'exemple, rapporté une de ces observations.

Quand la collection n'est pas encore ouverte dans les bronches, que, sans aucun contact avec l'air extérieur et sans formation de gaz *in situ* elle est enkystée dans une plèvre épaissie, elle se traduit sur l'écran par une opacité en forme de bande barrant la clarté pulmonaire à l'union du tiers supérieur et du tiers inférieur.

Cette opacité s'étend du thorax à la paroi, tantôt horizontale, tantôt oblique en bas et en dehors. Son épaisseur dans le sens vertical varie de deux à trois travers de doigt. Au-dessus et au-dessous d'elle, le poumon est clair si elle est isolée, voilé en dessous en cas de pleurésie pariétale ancienne ou ouverte ;

mais quelquefois l'ombre interlobaire monte en s'estompant jusqu'au sommet, surtout à la partie interne.

Il est impossible d'affirmer que cette opacité est due à une collection liquide : des exsudats épais peuvent donner la même image et, comme dans ce cas, la zone sombre est immobile quelle que soit la position du malade.

Il en est tout autrement quand la collection contient de l'air ou des gaz ; dans ce cas l'aspect cavitaire est des plus nets, sauf si on pratique l'examen du malade au moment ou sa cavité est presque pleine de sécrétions, ou si on l'examine couché (cas de Pouj...), l'inclinaison du malade détermine immédiatement une dénivellation du liquide par rapport à la paroi.

La radioscopie permet en outre de préciser : la localisation exacte de la collection — par conséquent de choisir le lieu de l'incision et de le placer au point déclive et de plus proche accès — et aussi ses dimensions et son volume approximatif.

La ponction exploratrice

La ponction exploratrice est un excellent moyen de diagnostic, quand elle est positive. Elle doit être guidée non seulement par la clinique, mais aussi par la radiologie. Malheureusement elle est assez souvent négative, même faite méthodiquement, avec un gros trocart et elle n'est pas toujours inoffensive.

Dans les pleurésies putrides ou gangréneuses, elle peut traverser, sans le déceler, le foyer purulent et semer sur son trajet les anaérobies qu'elle entraîne après elle : c'est ainsi que s'explique le phlegmon gangréneux sous-pectoral du malade de l'observation VIII. En tout cas, la ponction ne saurait être un moyen de traitement efficace.

En résumé, le diagnostic de la pleurésie purulente interlobaire est un diagnostic souvent difficile qui nécessite trois choses : un examen clinique minutieux, un examen radiologique, la recherche du pus par ponction.

Ni les uns ni les autres de ces trois modes d'explorations n'ont de valeur absolue, mais leur réunion positive permet d'affirmer le diagnostic ; en cas de doute, quand, par exemple, la ponction exploratrice est négative, mais que les autres signes sont affirmatifs, il faut faire une thoracotomie exploratrice.

CHAPITRE V

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Il n'y a qu'un traitement de la pleurésie purulente interlobaire : la thoracotomie avec ouverture large et drainage de la plèvre.

L'intervention doit suivre immédiatement le diagnostic et être aussi précoce que possible : le pronostic post-opératoire change considérablement, en effet, nous l'avons vu, quand on a laissé évoluer la maladie et que le pus s'est évacué par vomique.

Netter et beaucoup d'autres depuis ont insisté sur la gravité de ces collections ouvertes dans les bronches et exposées ainsi aux infections secondaires et à la transformation putride ou gangréneuse.

La thoracentèse a pu donner quelques heureux résultats, surtout dans les formes métapneumoniques, mais c'est un procédé infidèle et qui, le plus souvent, ne fait que retarder momentanément l'heure de l'intervention.

Il faut opérer non seulement les pleurésies closes, mais également celles où une erreur diagnostique a permis à l'affection d'évoluer vers la vomique, et

dans les mêmes conditions. L'état cachectique du malade ou du blessé n'est pas une contre-indication, au contraire, elle oblige seulement à employer l'anesthésie locale.

On voit dans nos observations des malades en pleine consomption, avec de l'œdème des membres inférieurs, de l'albumine, de la diarrhée, une maigreur extrême, revenir rapidement à un état de santé normal.

Soins préopératoires. — Ils consistent surtout dans une localisation rigoureusement précise de l'épanchement obtenue par la clinique et la radioscopie.

On précisera surtout le point où la collection semble le plus superficielle pour en faciliter l'accès, et le point le plus déclive pour en faciliter le drainage. Le plus souvent ces points se trouvent dans l'aisselle. Celle-ci sera soigneusement rasée.

Il est évident que si le malade ou le blessé est dans un état grave, il y a intérêt à le « dopper » énergiquement pendant les heures qui précèdent avec du sérum physiologique adrénaliné, de l'huile camphrée. Quand on emploiera l'anesthésie locale, une injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine une demi-heure avant aura l'avantage de diminuer la nervosité, la sensibilité, et les troubles respiratoires qui peuvent survenir à la suite de l'évacuation brusque du pus.

Technique. — Le malade est endormi au chloroforme si l'état général le permet et que la collection

semble difficile d'accès. Mais le chlorure d'éthyle ou l'anesthésie locale sont amplement suffisants, souvent même les seuls procédés utilisables.

L'incision est presque toujours axillaire. En effet,

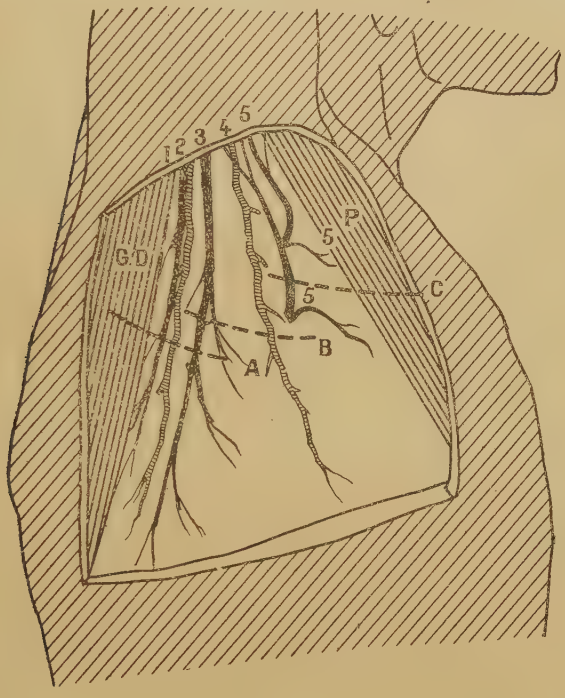

Fig. VII

A. B. C. Incision antérieure, moyenne et postérieure des pleurotomies interlobaires.
P. Grand pectoral.
G. D. Grand dorsal.
1. Nerf du grand rond.
2. Artère thoracique longue.
3. Nerf du grand dentelé.
4. Artère mammaire externe.
5. Rameaux perforants des intercostaux.

sous l'influence de la pesanteur, le pus a tendance à se porter en arrière, mais il est arrêté par l'ascension

que décrit le plan de la scissure vers le sommet et s'accumule dans la partie de cette scissure qui répond à la région axillaire.

Suivant les cas il faudra inciser sur la troisième, quatrième ou cinquième côtes. Avant toute incision, il est prudent de faire une ponction exploratrice au point d'élection indiqué par la clinique et les rayons X. Si la ponction est positive, elle permettra, en réséquant la côte immédiatement sous-jacente au dernier espace où la ponction a ramené du pus, de drainer toute la collection sans laisser de cul-de-sac, cause si fréquente de fistule interminable.

Si la ponction est négative, on suivra les indications cliniques et radiologiques.

Non seulement l'incision peut partir plus ou moins haut, mais elle peut être située dans l'une des trois lignes axillaires antérieure, moyenne et postérieure.

Dans les incisions antérieures, on est gêné par le bord inférieur du grand pectoral ; mais il est exceptionnel qu'on ne puisse, en le relevant par un écarteur, avoir tout le jour nécessaire. Une fois la peau et le tissu cellulaire incisés, le bord du pectoral récliné, on découvrira à la sonde cannelée les digitations du grand dentelé de façon à éviter la section des rameaux perforants des intercostaux, section qui donne des anesthésies transitoires mais désagréables, de la face interne du bras.

Dans les incisions portant sur la ligne axillaire moyenne, on dissociera de la même façon le tissu cellulaire et les digitations du grand dentelé, de

façon à éviter les blessures du nerf de ce muscle, dont la paralysie entraînerait une gêne fonctionnelle considérable de l'épaule; la section de la mammaire externe est fréquente et n'a d'autre inconvénient que de nécessiter deux ligatures.

Les incisions postérieures, enfin, mettent à nu le bord externe du grand dorsal et du grand rond que l'on peut habituellement récliner en arrière et en haut, mais que l'on est quelquefois obligé d'entamer ; dans les incisions hautes et postérieures, on pourrait par un débridement inattentif sectionner le nerf du grand dorsal ou l'artère thoracique longue (Voir le schéma).

Quand la côte est mise à nu, la technique est celle de toutes les résections costales : incision du périoste, décollement de celui-ci à la rugine courbe, section costale de 5 à 6 centimètres, incision du périoste et de la plèvre pariétale.

Il arrive fréquemment à ce moment que l'on tombe non pas directement dans la plèvre interlobaire, mais dans des adhérences. On les décolle prudemment au doigt et le plus souvent on parvient sur la collection ; si le décollement sur une étendue de quelques centimètres n'a pas donné issue au pus, c'est qu'une mince couche de tissu pulmonaire l'isole encore ; on ponctionnera au bistouri le poumon. Dans une de nos observations, il a fallu traverser 3 à 4 centimètres de parenchyme.

Un ou deux gros drains seront fixés dans la plaie,

gros, mais courts, tout juste de la longueur suffisante pour affleurer la paroi externe de la cavité.

Soins post-opératoires. — Les indications du traitement post-opératoire sont les mêmes que pour toutes les pleurésies purulentes :

1° Maintenir les forces du malade : par le traitement général, la suralimentation, l'aération, et l'héliothérapie quand elle est possible ;

2° Maintenir le drainage tant que la cavité suppure et éviter toute cause de rétention purulente ; changer le pansement tous les jours, pas de lavages, sauf dans les pleurésies fétides ou putrides, vérifier la perméabilité des drains.

Le drain est maintenu au même calibre jusqu'à ce que la cicatrisation pleurale soit complète et qu'il soit repoussé par le tissu de néoformation. Comme il ne fait qu'affleurer la plèvre, il n'y a aucun inconvénient à le laisser longtemps, car les seules fistules qu'il peut déterminer dans ces conditions sont des fistules de la paroi, le plus souvent par ostéites costales très facilement curables.

Il en est tout autrement des fistules pleurales causées par les longs drains de 12 à 15 centimètres que l'on trouve encore si souvent dans les plèvres. Là, tout comme dans le péritoine, comme dans toute séreuse, il se forme autour de ce corps étranger, en vingt-quatre heures, des adhérences qui limitent son action. Au bout de quelques jours, ces adhérences forment des bourgeons charnus qui s'organisent, puis se sclérosent et en quinze jours un trajet rigide est créé

dans la plèvre que l'on aura toutes les peines à supprimer ;

3° Faciliter le drainage, le réacollement des feuillets pleuraux, le retour du fonctionnement normal de la plèvre et du poumon.

Quand la phase réactionnelle est passée, il faut mobiliser le thorax comme une articulation ; on y arrive très simplement par la gymnastique respiratoire.

Dès les premiers jours après l'opération, au moment du pansement, le drain étant enlevé pour supprimer la douleur due à son frottement sur les bords de la plaie encore sensible, on fera faire au malade des inspirations et des expirations profondes en commençant par quelques-uns seulement.

Quand le malade se lève, on le soumettra à la gymnastique respiratoire proprement dite, d'une manière progressive. Pour cela, pas besoin d'appareils, quelques mouvements très simples empruntés à la gymnastique suédoise suffisent. Ces mouvements, en plus d'inspirations et d'expirations forcées, comprennent des mouvements de flexion, d'hyperextension, de torsion du tronc qui ont pour but d'empêcher l'atrésie de l'hémithorax et la scoliose si fréquentes chez ces malades quand on les abandonne à eux-mêmes ; des mouvements d'élévation et d'hyperextension des bras qui agissent très favorablement sur la cicatrisation et sont surtout utiles au moment où la plaie se ferme pour assouplir les tissus et empêcher la gêne des mouvements qui peut être

due à des cicatrices intéressant le pectoral ou le grand dorsal.

La spirométrie recommandée par Rosenthal et Pescher est un excellent moyen de contrôle et une distraction pour le malade qui peut juger par lui-même l'augmentation progressive de la capacité pulmonaire. Malheureusement elle exige des appareils un peu spéciaux.

La marche à allure progressivement accélérée, le chant, seront avantageusement utitisés à la période de convalescence.

Grâce à ce minutieux traitement, non seulement les pleurésies interlobaires guérissent rapidement, comme les autres pleurésies, mais elles guérissent sans fistule, sans déformations thoraciques, sans diminution appréciable de la valeur respiratoire du poumon : les sept malades de nos observations ont quitté l'hôpital du Vésinet complètement cicatrisés et dans ces conditions.

CONCLUSIONS

Les pleurésies interlobaires, considérées autrefois comme des raretés cliniques, sont devenues beaucoup plus fréquentes depuis que la radioscopie a permis d'en faire facilement le diagnostic.

Leur fréquence a subi une recrudescence considérable depuis deux ans du fait de la guerre. Un nombre élevé de plaies de poitrine se complique de pleurésies interlobaires.

Souvent il s'agit de formes non suppurées, plastiques, séreuses ou hématiques, qui, n'évoluant pas vers la suppuration ou la vomique, passeraient totalement inaperçues sans l'examen aux rayons X.

Souvent, il s'agit de vraies pleurésies purulentes (5 cas sur 100 blessés de poitrine dans notre statistique).

La pleurésie purulente interlobaire, qu'elle soit de cause médicale ou traumatique, est tantôt primitive en tant qu'affection pleurale, tantôt — et c'est le plus souvent — secondaire à une pleurésie purulente de la grande cavité.

Dans les cas où elle a été primitive, elle est survenue d'une façon torpide chez des bronchitiques chro-

niques (2 cas) et a simulé la tuberculose cavitaire.

Secondaire, elle a suivi des pleurésies purulentes pariétales à pneumocoques et surtout des pleurésies purulentes traumatiques.

Dans ce dernier cas, sa fréquence n'est pas en rapport avec la présence d'un corps étranger, ni avec la traversée de la plèvre interlobaire par le projectile au moment de la blessure.

Comme complication d'une pleurésie purulente de la grande cavité, elle apparaît de quinze jours à quatre mois après la thoracotomie.

La symptomatologie locale est souvent obscure et suivant l'intensité des réactions générales, on peut en distinguer trois formes : septicémique ou aiguë pyohémique ou subaiguë, pseudo-tuberculeuse ou chronique.

Le diagnostic clinique est très difficile avec toutes les affections dont la symptomatologie s'accompagne de phénomènes de condensation pulmonaire ou de signes cavitaires du sommet ou de la partie moyenne du poumon. Il ne peut être fait avec certitude que par la ponction ou mieux par la radioscopie.

D'où la nécessité d'examens radioscopiques méthodiques chez tous les blessés atteints de plaies pénétrantes du thorax et chez les malades atteints d'affections pleuro-pulmonaires médicales.

Seuls les rayons X permettent de déceler sûrement les pleurésies interlobaires, l'abondance de l'épanchement, sa localisation exacte et la voie d'accès optima.

Toute pleurésie purulente interlobaire est justi-

ciable, immédiatement, de la pleurotomie. La vomique n'est pas une solution heureuse, mais une complication (hémoptysies, infection putride ou gangrèneuse de la cavité). La ponction est un moyen de diagnostic, non de traitement.

La pleurotomie avec résection costale se fera au point déclive, ordinairement dans l'aisselle. On évitera en les écartant, d'inciser le grand pectoral en avant, le grand dorsal en arrière. Après incision cutanée, on dissociera à la sonde canelée la digitation du grand dentelé qui s'étale sur la côte choisie, pour éviter la section du nerf de ce muscle ou de quelques-unes de ses branches.

Un gros drain, juste suffisant pour affleurer la paroi externe de la cavité, est maintenu dans la plaie jusqu'à disparition de la suppuration.

Dès que l'état général le permettra, le malade sera soumis à des séances journalières de gymnastique respiratoire.

Vu : le Président,
HARTMANN

Vu : pour le Doyen,
l'Assesseur
POUCHET

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

Imp. de la libr MALOINE et fils, 27, rue de l'École-de-Méd., Paris — 3250-17